



**Przychodnia Onko-Centrum**  
**20-250 Lublin ul. Daszyńskiego 2**  
**tel. 574 500 915**

INFORMACJA O PLANOWANYM ZABIEGU UROLOGICZNYM

**Nazwisko i imię pacjenta:** .....

**PESEL:** .....

**Szanowny Panie!**

Lekarz urolog zdecydował o wykonaniu u Pana zabiegu **obrzezania**. Najczęstszym wskazaniem do wykonania tego typu zabiegu jest tzw. stulejka, czyli zwężenie napletka uniemożliwiające lub utrudniające jego odprowadzanie. Zabieg ten polega na całkowitym usunięciu napletka i odsłonięciu żołądki prącia. Ułatwi to utrzymywanie podstawowych funkcji tego narządu. Zabieg wykonywany jest bezbólowo w znieczuleniu miejscowym z użyciem roztworu Lignocainy.

W czasie zabiegu i pobytu w przychodni jest Pan pod fachową opieką personelu pielęgniarskiego i lekarzy urologów. Jednak w tym czasie, ze względu na przeprowadzane u Pana znieczulenia, zabiegi, podawane leki i charakter choroby mogą wystąpić powikłania. Obejmuje to takie stany jak krwawienie związane z zabiegiem, zakażenie, zaburzenia pracy serca związane ze znieczuleniem i emocjami związanymi ze stresem operacyjnym. Opisane powikłania mogą wystąpić przy wszystkich bez wyjątku procedurach medycznych bez względu na ich rodzaj lub zakres.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez Pana czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że **każdy**, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego.

**Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia:**

**Oświadczam**, że przedstawiłam mi informację o planowanym leczeniu i możliwych komplikacjach z niego wynikających przyjmuję do wiadomości. **Jednocześnie wyrażam zgodę** na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. **Rozumiem**, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

Podpis lekarza .....

Czytelny podpis pacjenta .....

Data .....